



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag
Campus Elverum

Mihriba Evelina Mujic & Elise Meland

Veileder: Kari Elisabeth Dahl

Bacheloroppgave i tannpleie

4TABA 2013

**Kognitiv atferdsterapi ved tannbehandlingsangst – en arbeidsoppgave for
tannpleiere?**

Cognitive behavioural therapy for dental anxiety – a task for dental hygienists?

Antall ord: 11378

Bachelor i tannpleie

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☒ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

***«Selve frykten er i virkeligheten et større onde
enn det man frykter»***

- Theodor Gottlieb von Hippel (1741-1789)

Sammendrag

Denne fordypningsoppgaven omhandler voksne pasienter med tannbehandlingsangst. Hensikten med oppgaven er å finne svar på hvordan tannpleieren kan behandle pasientgruppen med kognitiv atferdsterapi (CBT). Derfor er problemstillingen: *«Hvordan kan det være hensiktsmessig for tannpleieren å benytte kognitiv atferdsterapi hos voksne pasienter med tannbehandlingsangst?»*. Problemstillingen ble besvart ved hjelp av eksisterende forskning, fag- og pensumlitteratur i tillegg til selvvalgt litteratur og egne erfaringer. Resultatet viser at det er manglende forskning på området, men at tannpleiere kan være egnet til å drive med angstbehandling og kan utdannes innen CBT på lik linje med tannleger. Det er også naturlig å tilpasse behandlingen til tannpleierens daglige funksjon. Det som drøftes i oppgaven er hvordan tannpleieren kan motivere pasienter til å gjennomgå angstbehandling, behovet for videreutdanning innen CBT, betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid, og hvordan behandlingsformen kan tilpasses tannpleierfunksjonen.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Vår faglige plattform	7
1.4 Avgrensning	7
1.5 Formål	8
1.6 Definisjon av sentrale begreper	8
1.7 Disposisjon	8
2 Metode	10
2.1 Litteratursøk	10
2.2 Kildekritikk	11
2.3 Presentasjon av forskningsresultater	11
3 Teori.....	14
3.1 Tannbehandlingsangst hos voksne	14
3.1.1 Oral helse og oral helserelatert livskvalitet	15
3.2 Tannpleierens funksjon	16
3.2.1 Relasjonsbygging og motivering	17
3.3 Kognitiv atferdsterapi.....	18
3.3.1 Kartlegging.....	18
3.3.2 Kognitiv restrukturering	19
3.3.3 Eksponeringsterapi	20
3.3.4 Sluttfasen	21
4 Drøfting	22
4.1 Pasientfokus	22
4.2 Behov for videreutdanning?	25
4.3 Samarbeid.....	27

4.4 Arbeidsfordeling og behandlerbytte	29
4.5 Kognitiv atferdsterapi tilpasset tannpleierfunksjon.....	33
5 Avslutning	36
Referanseliste	37
Vedlegg 1	42

1 Innledning

Denne oppgaven omhandler tannbehandlingsangst hos voksne pasienter og er relatert til emnet «Tannpleie for personer med spesielle behov». Med tanke på hvordan tannbehandling kunne foregå for en del tiår siden er det ikke overraskende at enkelte pasienter har utviklet angst for nettopp dette. Pasienter snakker stadig om tidligere erfaringer med skoletannleger som var mindre empatiske, hardhendte og boret uten kjøling. Andre pasienter har vært utsatt for overgrep eller tortur og kan følgelig ha store vansker med å gi fra seg kontrollen til tannhelsepersonell (Willumsen, Haukebø & Raadal, 2013). Tannpleiere vil derfor kunne oppleve utfordrende situasjoner hvor pasienter har angst for tannbehandling. I praksis har vi erfart hvor utfordrende det kan være å samhandle med engstelige voksne pasienter og har derfor behov for ytterligere forståelse, kunnskaper og ferdigheter. Det er flere grunner til at vi ønsker å fordype oss i emnet. Hovedsakelig er det forankret i den daglige funksjonen som tannpleier, hvor oral helserelatert livskvalitet blir vektlagt under behandlingen og ikke bare som et resultat av behandlingen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge er det per år 2003 estimert at tannbehandlingsangst forekommer i omtrent 4,2% av den voksne befolkningen, og tallet har holdt seg stabilt de siste desenniene (Hakeberg, Hallonsten, Hägglin & Skaret, 2003; Ahlvin & Höglund, 2015). I praksis har vi sett at det er stort fokus på oppfølging av barn med tannbehandlingsangst. Hva med voksne pasienter? Vi søker ytterligere kunnskap om tannbehandlingsangst hos voksne, slik at vi som tannpleiere kan bidra til at pasientene får et bedre forhold til tannklinikken, tannbehandling og tannhelsepersonellet. På sikt vil dette forhåpentligvis bidra til bedret oral helse og oral helserelatert livskvalitet hos pasientene. I enkelte tilfeller kan pasientens angst utvikle seg til å bli så alvorlig at vedkommende slutter å møte opp til avtalte timer på tannklinikken. Konsekvensene for oral helse- og livskvalitet kan da bli fatale. Behandling av tannbehandlingsangst kan derfor anses som forebygging og helsefremming, noe som er en viktig del av tannpleierens funksjon (Norsk Tannpleierforening, 2014b).

I tannhelsetjenesten har det tidligere vært vanlig å behandle angstsymptomene med legemidler i form av premedisinering, lystgass og narkose. Det har vist seg at farmalogisk behandling i liten grad reduserer selve tannbehandlingsangsten, men at det kan være hensiktsmessig for å løse samarbeidsutfordringer. Legemidler er fortsatt aktuelt for pasienter med akutt behandlingsbehov, men dersom dette ikke er tilfellet er psykologiske behandlingsmetoder

anbefalt (Newton, Asimakopoulou, Daly, Scambler & Scott, 2012). Pasienter med sterk tannbehandlingsangst går i liten grad til regelmessige undersøkelser og kontroller, og venter ofte med å oppsøke hjelp til de er plaget med smerter i munnhulen. Derfor kan det bli vanskelig å fokusere på forebygging og helsefremming. I løpet av de senere årene har det blitt større fokus på å behandle angsten fremfor kun å fjerne symptomene. I den forbindelse blir kognitiv atferdsterapi (CBT) ansett som en av de mest effektive behandlingsmetodene (Ahlvin & Höglund, 2015).

1.2 Problemstilling

Det vi hovedsakelig ønsker å sitte igjen med etter å ha skrevet denne oppgaven er kunnskap om tannbehandlingsangst, CBT og hvordan dette kan utspille seg i klinisk tannpleierpraksis. Derav problemstillingen: «*Hvordan kan det være hensiktsmessig for tannpleieren å benytte kognitiv atferdsterapi hos voksne pasienter med tannbehandlingsangst?*».

1.3 Vår faglige plattform

Gjennom både praksis og i teorien under utdanningen har vi tilegnet oss kunnskaper og ferdigheter om kommunikasjon med ulike pasientgrupper, viktigheten av brukermedvirkningsprinsippet og individtilpasset veiledning. Med dette våger vi å si at vi har grunnleggende kunnskap innen kommunikasjon. Gjennom studiet har vi også fått en viss innsikt i psykologi. Vi opplever imidlertid at vi mangler spesifikk kunnskap om den aktuelle pasientgruppen. I praksis har vi fått erfaring med tilvenningsprinsipper hos barnepasienter som engster seg for tannbehandling. Det er en del vesentlige forskjeller mellom barn og voksne, og metoder som er egnet for barn er ikke alltid overførbare til voksne pasienter. I praksis har vi også erfart at det er større utfordringer i samhandling med voksne som vegrer seg for behandling. Vi har diskutert oss frem til at dette kan skyldes manglende kunnskap.

1.4 Avgrensning

For å avgrense temaet har vi valgt å fokusere på den kliniske tannpleierfunksjonen. Vi har dermed ekskludert mulighetene for utadrettet arbeid, og har kun fokusert på det som skjer på klinikken. Det finnes ulike grader av tannbehandlingsangst, der vi har valgt å se nærmere på sterkere former for tannbehandlingsangst hos voksne. Bakgrunnen for dette er at mild grad av tannbehandlingsangst kan behandles med tillitsbygging og god kommunikasjon. Vi ønsker å se på CBT, som er anbefalt som intervensjonsmetode ved sterk tannbehandlingsangst (Newton et al., 2012). Denne metoden er kjent for effektivt å gi gode og varige resultater (Snoek & Engedal,

2008), og effektivitet og kvalitet er noe som er viktig i tannpleierens travle hverdag. Voksne definerer vi som alle individer over 18 år dersom ikke annet er opplyst. Det er de voksne, betalende pasientene vi ønsker å fokusere på.

1.5 Formål

Av egne erfaringer har vi fått inntrykk av at noen ansatte i tannhelsetjenesten er usikre på hvordan de skal håndtere pasienter med tannbehandlingsangst, en usikkerhet vi også føler på. I forskningen vi har lest er det fokus på hva tannlegen kan gjøre, og hvordan tannlegen skal tilnærme seg og behandle denne pasientgruppen. Vi ønsker å se på CBT som en del av tannpleierfunksjonen, og hvordan dette fungerer i praksis. Tannpleieren jobber i førstelinjetjenesten i tannhelsetjenesten og har kompetanse innen veiledning, kommunikasjon og innsikt i psykologi (Norsk Tannpleierforening, 2014a). Derfor vil vi undersøke om tannpleieren har en viktig funksjon i møte med denne pasientgruppen. I tillegg er det ønskelig å øke antallet behandlere som kan utføre CBT, slik at flere angstpasienter kan motta behandling på lokale tannklinikker.

1.6 Definisjon av sentrale begreper

- **Oral helse:** En tilstand med fravær av smerte i munn eller ansikt, kreft i munnhule eller svelg, orale infeksjoner eller sår, periodontal sykdom, karies, tanntap, og andre sykdommer og forstyrrelser som begrenser individets kapasitet til biting, tygging, smiling, tale og psykososialt velvære (World Health Organization, 2012).
- **Forebyggende helsearbeid:** Dekker ikke bare tiltak for å forhindre sykdomsforekomst, som reduksjon av risikofaktorer, men også tiltak for å forhindre sykdomsutvikling og redusere konsekvenser når sykdom er etablert (World Health Organization, 1984).
- **Helsefremmende arbeid:** Prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse (World Health Organization, s.a.).

1.7 Disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem kapitler; innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og avslutning. I kapittel 1 har vi presentert og begrunnet bakgrunn, formål, problemstilling, avgrensning og definisjon av begreper. Videre i kapittel 2 vil vi presentere hvilken metode oppgaven baserer seg på og hvilke funn vi har gjort. Kapittel 3 utgjør teoridelen, hvor vi vil presentere og gjøre rede for litteratur og forskning som kan belyse temaet. Det vi vektlegger i kapittel 3 er

redegjørelse av temaet tannbehandlingsangst hos voksne, og hvordan dette kan påvirke oral helse og oral helserelatert livskvalitet. Vi vil gå nærmere inn på tannpleierens generelle funksjon i tannhelsetjenesten, og faktorer knyttet til den praktiske yrkesutøvelsen. Den største delen av teori vil utgjøre fordypning i CBT relatert til angst for tannbehandling. I kapittel 4 vil vi drøfte og diskutere problemstillingen basert på teoridelen, ved hjelp av fag- og forskningslitteratur og egen erfaring. Vi har i tillegg snakket med to psykologer som har erfaring med CBT og tannbehandlingsangst, og kommer til å vise til deres erfaringer for å styrke drøftingen. I kapittel 5 vil vi oppsummere det vi har drøftet, diskutere i grove trekk om vi har fått et tilfredsstillende svar på problemstillingen, og veien videre.

2 Metode

For å besvare den aktuelle problemstillingen er det ifølge Dalland (2012) nødvendig med en metode. Metoden er fremgangsmåten vi benytter til å tilegne oss ny kunnskap og finne svar på problemet. Med ønske om økt kunnskap rundt temaet tannbehandlingsangst og kognitiv atferdsterapi (CBT) er oppgaven en fordypningsoppgave. Dette betyr at vi belyser temaet og besvarer problemstillingen ved hjelp av eksisterende litteratur og forskning. Vi skiller imidlertid mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning er basert på enheter og tall som er målbare, og gir oss mulighet til å finne prosentandeler eller statistikk. Kvalitativ forskning omhandler informasjon som ikke lar seg måle ved tall. Metoden går derimot i dybden av meninger, synspunkter og erfaringer rundt et bestemt tema (Dalland, 2012). Vi etterstreber en helhetsforståelse fremfor statiske og kvantitative resultater. Derfor baserer vi oppgaven primært på kvalitativ forskning med innspill av kvantitativ forskning. Det er ønskelig å finne eksisterende kunnskap i pensumlitteratur og fag – og forskningslitteratur. Vi vil også bruke egne erfaringer fra praksis til å finne svar på problemstillingen. Det er også hensiktsmessig å benytte relevante retningslinjer for tannpleieryrket. Bacheloroppgaven er skrevet etter Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for oppgaveskriving, og vi har benyttet APA-standard som mal ved referansehåndtering.

I de følgende underpunktene vil vi presentere litteratursøk og hvordan det har blitt utført. Vi ønsker også å se på betydningen av kildekritikk og legge frem hvilke kriterier vi hadde ved valg av forskning. Videre vil vi presentere forskningsartiklene vi har valgt og forklare hvorfor de er aktuelle for oppgaven.

2.1 Litteratursøk

For å finne relevant forskningslitteratur benyttet vi anerkjente databaser som PubMed, SveMed+ og Oria til utførelse av søk. Det er kjent for oss at mange studier er publisert på engelsk, dansk og svensk, og at tilgjengeligheten av norskspråklig forskning er begrenset. Derfor benyttet vi SveMed+ til å finne ulike MeSH-termer. MeSH er et emneordsystem som benyttes til å finne eksempelvis tidsskrifter og referanser innen medisin og helse. MeSH-termene gjør det mulig for oss å få treff på ulike språk og finne et spesifisert utvalg av forskning (Helsebiblioteket, 2015). Ved å kombinere ulike MeSH-termer og søkeord i avanserte søk begrenset vi antall treff og fant mer konkret forskningslitteratur til problemstillingen vi ønsket å besvare. For å forsikre oss om at artiklene er aktuelle og av god kvalitet, så vi på overskrifter,

om de var av nyere dato og om sammendraget eller konklusjonen inneholdt det vi søkte informasjon om.

Søkeord og MeSH-termer som i hovedsak ble benyttet er «dental anxiety», «delay», «dental status», «oral health», «dental care», «dental hygiene», «hygienist», «adult», «patient», «therapy», «treatment», «OHRQoL» (Oral Health Related Quality of Life), «tannbehandlingsangst», «tandvårdsrädsla», «kognitiv atferdsterapi», «cognitive behavioural therapy» og «session». Vedlegg 1 viser PICO-skjema og hvordan søkeord ble brukt for å komme frem til forskningsartikler.

2.2 Kildekritikk

Hvis vi skal kunne fastslå at en kilde er pålitelig må vi være kritiske i vurderingen. Kildekritikk er en metode som bidrar til å adskille gyldig informasjon fra spekulasjoner, og å avgjøre om kilden er pålitelig og troverdig (Dalland, 2012). Vi vurderte kilder ved å kontrollere hvor de er publisert, eksempelvis vitenskapelige tidsskrifter, og hvem forfatterne er. Hvor mange deltagere som var med i ulike studier ble også tatt med i betraktning. Videre er det krav om at forskningsartikler følger IMRaD, hvilket står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Dalland, 2012). Ved valg av forskning var det ønskelig at artiklene hadde blitt fagfellevurdert. Forskning fra vestlige land var mest aktuelt ettersom dette er overførbart til norske forhold.

2.3 Presentasjon av forskningsresultater

Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour – a national Swedish cross-sectional survey, Viktor Carlsson, Magnus Hakeberg & Ulla Wide Boman (2015), *BioMedic Central Oral Health*. Forskningsartikkelen fant vi ved å kombinere «dental anxiety», «adult» og «OHRQoL» i PubMed. Søket ga 23 treff. Undersøkelsen tar for seg tannbehandlingsangst og hvilken innvirkning dette har på sense of coherence og oral helserelatert livskvalitet. Denne studien er utført i Sverige, og metoden innebar telefonintervjuer med 3500 deltakere i alderen 19-96. Resultatet som er presentert viser at sterk tannbehandlingsangst har innvirkning på oral helserelatert livskvalitet og ivaretagelse av egen tannhelse. Oral helserelatert livskvalitet anser vi som en svært viktig faktor for den enkelte pasient, og for tannpleierens forebyggende og helsefremmende arbeid. Artikkelen er med på å begrunne hvorfor tannpleieren skal bidra til å behandle angst for tannbehandling.

One- vs. five-session treatment of dental phobia: A randomized controlled study, Kristin Haukebø, Erik Skaret, Lars-Göran Öst, Magne Raadal, Einar Berg, Håkan Sundberg & Gerd Kvale, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (2008). Ved å kombinere «dental anxiety», «adults», «cognitive behavioral therapy» og «session» i PubMed fikk vi 8 treff. Den utvalgte artikkelen omhandler en studie som ble utført ved Universitetet i Bergen, og dreier seg om behandling av pasienter med odontofobi. Store deler av innholdet er overførbart til tannbehandlingsangst, da det er flere fellestrekk mellom angst og fobi. Forskerne undersøker effektiviteten av en seanse med CBT sammenlignet med flere seanser. Det blir konkludert med at både en seanse og flere seanser er effektive, og at pasientene i begge testgruppene klarer å gjennomgå ordinær tannbehandling etter avsluttet behandling med CBT. Bakgrunn for valg av forskningsartikkelen er vår interesse for å tilpasse CBT til tannpleierfunksjonen, med tanke på kvalitet og effektivitet.

A joint approach to treating dental phobia: a re-evaluation of a collaboration between community dental services and specialist psychotherapy services ten years on, J. G. Davies, K. I. Wilson & A. L. Clements, *British Dental Journal* (2011). Artikkelen ble funnet i PubMed. Vi kombinerte «cognitive behavioral therapy», «dental anxiety» og «treatment». Søket ga 108 treff. For å begrense søket ytterligere, valgte vi forskning fra de ti siste årene. Dette resulterte i 57 treff, inkludert den valgte artikkelen. Hensikten med studien er å undersøke atferden hos pasienter som har gjennomgått CBT for ti år siden. Det som blir undersøkt er om effekten av terapien fremdeles er til stede, eller om pasientene har hatt behov for premedisinering ved senere tannbehandling. Resultatet viser at CBT har god effekt selv etter ti år og at premedisinering er noe som kan ekskluderes. Artikkelen ønsker vi å benytte til å vurdere effektiviteten av CBT og hvorvidt det er hensiktsmessig for tannpleiere å utføre dette i praksis.

Evaluering av forskersutdannelse av tannleger og psykologer i behandling av odontofobi og intraoral sprøytefobi basert på kognitiv atferdsterapi (CBT), Erik Skaret, Magne Raadal, Gerd Kvale, Therese Varvin Fredriksen, Vibeke Kranstad & Lars-Göran Öst, *Den norske tannlegeforenings Tidende* (2012). Ved å kombinere «kognitiv atferdsterapi» og «behandling» i SveMed+ fikk vi 78 treff. Videre avgrenset vi søket til kun fagfellelvurderte tidsskrifter, som resulterte i 36 treff. Blant disse fant vi denne artikkelen. Denne studien er basert på et samarbeid mellom forskere ved Universitetet i Bergen og klinikere i tannhelsetjenesten. De evaluerte nytten av et undervisningsopplegg om CBT mot odontofobi og angst for tannbehandling, i et team bestående av tannlege og psykolog. Resultatet av studien viser at klinikere i tannhelsetjenesten ble kvalifisert gjennom utdanningen til å redusere fobi og angst hos

pasientene som ble behandlet, og at pasientene mestret tannbehandling etter avsluttet CBT. Denne forskningen involverer kun tannleger, men mye av innholdet er direkte overførbart til tannpleierfunksjonen.

Oral health-related quality of life in Norwegian adults er en doktorgradsavhandling av Kari Elisabeth Dahl (2011). Avhandlingen fant vi på høgskolebiblioteket. Dahl er tannpleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Hedmark. Hensikten med studien var å beskrive oral helserelatert livskvalitet hos voksne, og hvorvidt dette har en sammenheng med oral helse, bruk av tannhelsetjenester og oral helserelatert atferd. 3538 voksne pasienter deltok i studien, hvorav 2438 besvarte spørreskjemaene. Studien konkluderer med at oral helse er av betydning hos størstedelen av deltagerne, og at gode munnhygienerutiner har en positiv innvirkning. Det kom også frem at det er en sammenheng mellom antall tapte tenner og oral helserelatert livskvalitet. Dette kan skyldes lite oppfølging fra tannhelsetjenesten og derav manglende kunnskap og bevissthet relatert til oral helse. Bakgrunnen for å inkludere studien i oppgaven er betydningen av oral helserelatert livskvalitet i sammenheng med tannbehandlingsangst.

De fem studiene som er presentert vil bli benyttet til å gi oss svar på problemstillingen. Artiklene inneholder både teori og forskningsresultater som er svært aktuelle for oppgaven.

3 Teori

I teoridelen vil vi ha med informasjon om tannbehandlingsangst hos voksne. Grunnen til dette er behovet for kunnskap om lidelsen som skal behandles. Det er ønskelig å belyse hva som skiller angst fra frykt og fobi, da dette er noe diffust i litteraturen. Vi vil også ta for oss hvordan angst for tannbehandling påvirker oral helse- og livskvalitet, og hva tannpleierens funksjon er i henhold til dette. Kognitiv atferdsterapi (CBT) er hovedfokuset i denne oppgaven. Derfor inkluderer vi teori om dette, hvordan det utspiller seg i praksis, og hva som er forutsetningene for å gjennomføre denne typen intervensjon. Den nevnte teorien anser vi som aktuell når vi skal besvare vår problemstilling.

3.1 Tannbehandlingsangst hos voksne

Begrepene frykt, angst og fobi for tannbehandling blir brukt om hverandre i litteraturen, ettersom det kan være vanskelig å skille. Angst og frykt har likhetstrekk i det kognitive, fysiologiske og atferdsmessige. Begge gir umiddelbart instinkt om unngåelse, tillater negativ tankegang rundt gjeldende fare og utløser fysiologiske reaksjoner styrt av det sympatiske nervesystemet. Det som skiller angst fra frykt er angstens forventninger og reaksjoner til helt spesifikke faresituasjoner eller stimuli som ikke anses som en reell fare. Angst går over til å bli en fobisk lidelse når personen plages av sin angstrelaterte atferd. På dette tidspunktet er problematikken så alvorlig at det påvirker personens fungering og liv. For å få diagnosen odontofobi må spesifikke krav oppfylles, ettersom det er en klart definert diagnose (Kvale, Klingberg, Moore & Tuutti, 2003).

Tannbehandlingsangst kommer av innbilte faresituasjoner som pasienten tror vil forekomme på tannklinikken. Hvilken type stimuli eller situasjon som gir angstfølelse avhenger av personens individuelle opplevelse og tenkning. Det er fastslått at de fleste utvikler angst som følge av tidligere negative opplevelser på tannklinikken, ofte fra barndommen. En utløsende faktor kan være smerteopplevelse i en behandlingssituasjon. Dette kan føre til at også lukt og lyd fra tannklinikken blir stimuli som fremkaller angst, ettersom det assosieres med smerte. Tannbehandlingsangst kan komme av at behandleren er nedlatende og ikke tar pasienten på alvor, noe som kan føre til tap av tillit til behandlere. Det er også en sammenheng mellom overgrep i barndommen og utvikling av tannbehandlingsangst. Dette er grunnet tillitsbrudd og tap av kontroll relatert til overgrep (Friis-Hasché, Willumsen & Jensen, 2003; Ahlvin & Höglund, 2015).

Angst for tannbehandling kan gi en rekke fysiologiske, emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner. Atferdsmessige reaksjoner kan være unngåelsen av tannbehandling, og eventuelle stressreaksjoner under selve behandlingen. Emosjonelt kan pasienter gi uttrykk for urolighet, panikk, engstelse og bekymring. Fysiologiske reaksjoner kan være hjertebank, skjelving og munntørrehet. Ved sterk tannbehandlingsangst kan pasienter oppleve pustevansker, svimmelhet, kvalningsfølelser, kvalme, hetetokter og uvirkelighetsfølelse. Fysiologiske reaksjoner kan føre til at katastrofetanker inntreffer. Katastrofetankene kommer av frykt for å oppleve tidligere erfarte fysiologiske reaksjoner (Friis-Haché et al., 2003).

Vedvarende angst for tannbehandling kan resultere i det som kalles «The vicious cycle of dental anxiety». Når pasienter med tannbehandlingsangst konfronteres med stimuli eller situasjoner relatert til tannbehandling kan unngåelse være et handlingsalternativ. Vellykket unngåelse kan føre til lettelse. Ved gjentatt unngåelse og lettelse kan også angsten for tannbehandling øke, som følgelig kan gi ønske om å unngå tannklinikken fullstendig. Dette er såkalt «innlæring av angst» (Friis-Hasché et al., 2003). Tannbehandlingsangstens mønster av unngåelse kan gi problematikk relatert til tannhelse eller forverring av eksisterende tannhelseproblematikk. Dette kan vekke skam, skyldfølelse og mindreverdfølelse hos pasienten. Følgende kan økt behandlingsbehov og tilfeller av akuttbehandling være et faktum. Dersom pasienten i den forbindelse utsettes for omfattende eller smertefull behandling kan angsten forverres ytterligere, og pasienten fortsetter i samme atferdsmønster. Vi kan si at pasienten havner i en ond syklus av tannbehandlingsangst (Armfield, Stewart & Spencer, 2007).

Grad av angst kan måles ved hjelp av spørreskjemaer. Dental Anxiety Scale (DAS) er et spørreskjema utviklet for voksne pasienter. DAS anses som en av de enklere måleenhetene, men gir likevel en god og konkret oversikt over angsten uten å nødvendigvis fastslå en formell diagnose (Kvale et al., 2003). Spørreskjemaet i DAS består av fire spørsmål hvor svaralternativene er en skala fra en til fem. Det laveste tallet betyr at pasienten er rolig i henhold til situasjonen, mens det høyeste tallet representerer svært sterk grad av frykt. To spørsmål omhandler situasjoner før pasienten er inne på behandlingsrommet og to er rettet mot selve behandlingssituasjonen. Totalscoren kan være mellom fire og tjue, og scoren for sterk tannbehandlingsangst er høyere enn tretten (Raadal & Skaret, 2013).

3.1.1 Oral helse og oral helserelatert livskvalitet

Når det gjelder oral helse er mange tannflater med kariesangrep, få restaurerte tenner og høy forekomst av periodontale sykdommer vanlig hos pasienter med tannbehandlingsangst.

Årsaken til dette er vedvarende uteblivelse fra timeavtaler på tannklinikken og at behandling i liten eller ingen grad har latt seg gjennomføre. Derfor assosieres tannbehandlingsangst med redusert oral helse (Weiner, 2011). Oral helse påvirker oral helserelatert livskvalitet. Begrepet oral helserelatert livskvalitet omhandler individets egen oppfatning av hvordan oral sykdom og behandling påvirker mestringsevne og funksjon i hverdagen. Dette innebærer egen vurdering av funksjonelle og psykologiske faktorer som tygging, svelging, tale, utseende, selvfølelse og sosialt velbefinnende. Dersom en pasient har sykdom i tenner eller munnhule kan vedkommende likevel vurdere sin orale helse som god, ettersom målingen baserer seg på subjektiv oppfatning (Norsk Tannpleierforening, 2014b). Studier viser at tannbehandlingsangst har sammenheng med dårlig oral helserelatert livskvalitet. Misnøye med eget utseende, skam knyttet til tannstatus, smerte og nedsatt tyggefunksjon er faktorer som reduserer oral helserelatert livskvalitet hos denne pasientgruppen (Carlsson, Hakeberg & Boman, 2015).

3.2 Tannpleierens funksjon

«Tannpleierens hovedoppgaver er å fremme oral helse og livskvalitet, forebygge tannsykdommer, diagnostisere, behandle og utføre kliniske oppgaver i tenner og munnhule» (Norsk Tannpleierforening, 2014b, s. 11). I tannpleierens forebyggende helsearbeid er endring av oral helseatferd en viktig faktor. Begrepet oral helseatferd innebærer atferd som påvirker oral helse, og kan ha sammenheng med helserelaterte vaner hos et individ. Ved negativ eller manglende helseatferd hos en pasient er tannpleierens mål å skape endring (Norsk Tannpleierforening, 2014b). Manglende oral helseatferd hos pasienter med sterk tannbehandlingsangst kan eksempelvis være å unngå tannbehandling, og negativ oral helseatferd kan være røyking eller dårlig tannstell. Begrepet empowerment står sentralt når det gjelder helsefremming og endring av helseatferd, ettersom det innebærer at pasienten får økt kontroll over eget liv og helse. Empowerment forutsetter at pasienten selv tar i bruk egne ressurser for å oppnå kontroll over egen oral helse, mens tannpleieren skal fungere som en veileder og løfte frem pasientens ressurser. Derfor er det viktig at deltakelse og brukervedvirkning vektlegges, slik at pasienten styrer prosessen mens tannpleieren kommer med innspill (Tveiten, 2008).

Tannpleiere i Norge har kunnskaper og ferdigheter innen kommunikasjon, relasjonsbygging og veiledning (Norsk Tannpleierforening, 2014a). Den veiledende rollen står sentralt i empowerment. Veiledning innebærer en profesjonell, relasjonell og pedagogisk prosess som skal styrke pasientens mestringsevne gjennom dialog. God veiledning krever at tannpleieren

stiller åpne spørsmål, lytter aktivt, engasjerer seg i dialogen og bekrefter det pasienten forteller. Dette gjør det mulig for tannpleieren å ta utgangspunkt i pasientens situasjon når ressurser, behov og problemer skal identifiseres. Ved hjelp av denne fremgangsmåten kan partene få en felles forståelse av pasientens situasjon og benytte kunnskapen som har kommet frem. Kommunikasjon er et viktig aspekt ved veiledning, og omhandler overbringelse eller utveksling av informasjon. I en pasientsituasjon foregår kommunikasjon oftest i form av dialog, altså muntlig ansikt-til-ansikt-kommunikasjon. Målet med en dialog er å komme frem til en felles forståelse. Veiledningsprosessen avhenger av at pasienten reflekterer over egne holdninger og atferd, men innebærer også informasjon, støtte og råd fra tannpleieren. Bakgrunnen for dette er at pasienter ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap om forhold som påvirker helsen (Tveiten, 2008).

Oral helseinformasjon kan bidra til endring av tankegang og vaner, og er derfor en essensiell del av veiledningsprosessen. Oral helseinformasjon innebærer både råd og veiledning, men også psykologisk tilnærming som kan bidra til at pasienten får en mestringsfølelse (Norsk Tannpleierforening, 2014b). Råd og veiledning kan bidra til å endre vaner og holdninger, mens mestring og økt selvfølelse er vesentlig for at pasienten skal få vedvarende motivasjon til å ta vare på egen oral helse. Mæland (2012) uttrykker at det er enklere å gi helseråd enn å få pasienter til å følge dem. Effekten av helseinformasjon avhenger av oral health literacy hos pasienten. Oral health literacy innebærer individuelle forhold som kognisjon, følelser, arv, kultur og økonomi hos enhver pasient, og påvirker evnen til å forstå rådene som blir gitt og/eller anvende dem (Mæland, 2012). Derfor krever endring av helseatferd individuelt tilpasset veiledning, og at tannpleieren kjenner til ulike forhold som kan påvirke oral helseatferd.

3.2.1 Relasjonsbygging og motivering

I pasientbehandling er en god relasjon mellom pasient og behandler en avgjørende faktor for å oppnå gode behandlingsresultater. Forutsetningene for en god relasjon og tillitsforhold er at behandleren viser omsorg, empati og er positivt imøtekommende. Pasientens engasjement i behandlingen står sentralt, og de fleste pasienter har en formening om hvordan de ønsker at relasjonen til deres behandler skal være. Det er viktig for pasienter at behandleren overholder taushetsplikten, lytter, og viser forståelse for pasientens problemer og virkelighetsoppfatning. Videre oppleves det som viktig at behandler foreslår tiltak uten å fremstå som en bedreviter, lar pasienten velge hva som er best for seg selv, og følger opp rådene som blir gitt slik at de oppfattes som meningsfylte for pasienten (Berge & Repål, 2004).

For å kunne hjelpe pasienter med angst for tannbehandling vil det være hensiktsmessig å motivere pasientene til å motta hjelp. Uten en motiverende kraft kan det være vanskelig for vedkommende å se omfanget av eget problem og behovet for hjelp (Wilhelmsen, 2006). Mistillit og usikkerhet i relasjon til tannhelsepersonell er typisk for denne pasientgruppen. Opparbeiding av tillit krever derfor at brukermedvirkning vektlegges. Dette kan gjøres ved å gi informasjon om fordeler og ulemper med behandlingen, slik at pasienten inkluderes i planleggingen. Praktisk informasjon om behandling og avklaring av pasientens ansvar for å møte opp er også viktig for at pasienten dukker opp på neste timeavtale. Tilstrekkelig informasjon er derfor en viktig motivasjonsfaktor for denne pasientgruppen (Raadal, Kvale & Skaret, 2003)

3.3 Kognitiv atferdsterapi

CBT er en kombinasjon av kognitiv terapi og atferdsterapi, og har både kognitiv restrukturering og endring av ugunstige vaner som primære formål. Det er vitenskapelig bevist at CBT gir varige behandlingsresultater i 80% av tilfellene med tannbehandlingsangst. Resultatet som etterstrebes innebærer både redusert angst og at pasienten fortsetter å oppsøke tannklinikken etter avsluttet behandling (Ahlvin & Höglund, 2015). Kognitiv terapi tar utgangspunkt i pasientens tanker og tankemønster, og innebærer dialog og veiledning. Atferdsterapi baserer seg på pasientens innlærte atferd og kan innebære praktiske øvelser. Metodene som er rettet mot atferdsendring innebærer innlæring av avspenningsøvelser og eksponering for angstfremkallende stimuli og situasjoner. Angstrelatert atferd er ofte tillært og vil derfor kunne endres gjennom gradvis tilnærming til faktorene som utløser angsten (Wilhelmsen, 2006). Behandlingen kan utføres ved hjelp av en til ti seanser. Antall seanser avgjøres av hva behandler og pasient blir enige om, hva som er gjennomførbart i praksis og kunnskapsnivået hos behandleren (Zalta & Foa, 2012).

3.3.1 Kartlegging

I startfasen av CBT bør pasienten analyseres. Formålet er å undersøke hvilken type stimuli eller situasjon som fremkaller angsten. De faktorene som er av interesse er fysiologiske og emosjonelle reaksjoner, kognisjoner og følgelig atferd (Dobson & Dobson, 2009). Dette kan utføres ved hjelp av en funksjonell analyse. ABC-modellen er en funksjonell analyse som kan vise hvordan angsten utspiller seg. A står for selve hendelsen som er opphavet til angsten og B representerer pasientens tanker, oppfatninger og minner relatert til A. C står for følelser, handlinger og reaksjoner som oppstår i forbindelse med A og B (Berge & Repål, 2004). Ved

hjelp av ABC-modellen som analyse kan vi finne ut av hvilke tanker som virker hemmende og skaper angstfølelse hos pasienten. Det kan også være hensiktsmessig å bruke et DAS-skjema til å få opplysninger om hvilken grad av angst pasienten har. Når angsten er kartlagt kan behandleren i samråd med pasienten sette mål og delmål for behandlingen. Delmålet kan være at pasienten ved neste time skal eksponeres for angstfremkallende stimuli, og hovedmålet kan være gjennomføring av kariesbehandling. Målsetting kan bidra til at pasienten får en følelse av kontroll og forutsigbarhet som en følge av brukermedvirkning (Berggren, Willumsen & Arnrup, 2003).

3.3.2 Kognitiv restrukturering

Som forklart ved hjelp av ABC-modellen vil tankene rundt en hendelse påvirke hva pasienten føler for den spesifikke hendelsen. Målet med den kognitive behandlingen er å endre tankegangen og styrke pasientens kontroll over egne tanker. Tidligere erfaringer tilknyttet en situasjon kan påvirke kognisjonen i stor grad, og avgjøre om pasienten har en negativ eller positiv tilknytning til hendelsesforløpet. Pasienter med tannbehandlingsangst kan ha negative kognisjoner om faremomenter på tannklinikken. Rent kognitivt søkes det å finne ut hva pasienten tror, tenker og tolker om det som fremkaller angsten og gir unnnvikende atferd. Deretter kan behandleren snakke med pasienten om hvorfor dette ikke er en reell fare. Med andre ord vil det si at tankemønsteret blir restrukturert (Dobson & Dobson, 2009).

Når vi utfører kognitiv atferdsterapi bevisstgjør vi pasienten på egne negative kognisjoner rundt tannbehandlingssituasjonen. For angstpasiene kan det være utfordrende å snakke om disse tankene, da vanskeligheter med å ordlegge seg kan oppstå. Dette kan også skyldes at tankene er problematiske å konkretisere da de kommer automatisk når personen utsettes for angstfremkallende stimuli eller situasjoner. For behandleren vil det være hensiktsmessig å bruke tid på å hjelpe pasienten med å analysere tankene. Det er viktig å vektlegge det pasienten tenker og føler og ikke det behandleren tror er faktum, ettersom pasienten er ekspert på seg selv. Når behandleren har fått innsikt i kognisjoner relatert til angsten kan det utføres et forsøk på å restrukturere disse. Sokratiske spørsmål kan utfordre fundamentet i pasientens tankemønster og bidra til restrukturering. Målet med en sokratisk samtale er å få pasienten til å tenke over hvilken betydning ulike tenkemåter kan ha når det gjelder eksempelvis handlingsutfall. Behandleren skal stille åpne og krisiske spørsmål slik at pasienten begynner å reflektere over egne kunnskaper og mål. Med slike spørsmål kan pasienten i samarbeid med behandler finne løsningsalternativer til negative angstkognisjoner (Berge & Repål, 2004). Eksempelvis kan en angstpasient ytre frykt for å oppleve pustevansker og deretter kvelning ved

å bli utsatt for boring. Disse tankene kommer automatisk og skyldes tidligere erfaring med pustevansker ved tilsvarende behandling. Behandleren kan forklare for pasienten at dette er lite sannsynlig og spørre om pustevanskene har ført til kvelning før. Svaret fra pasienten vil mest sannsynlig være «nei». Videre kan behandleren forklare at pasienter ikke kan kveles av boring, og at dette er pasientens egne katastrofetanker i forbindelse med en tidligere fysiologisk angstreaksjon. Denne forklaringen kan bidra til at pasienten forstår at katastrofetankene omhandler en fare som ikke er reell og at boringen ikke vil føre til skade. I eksempelet benytter behandleren spørsmål som utfordrer pasientens tenkemåte, og restrukturerer kognisjonene ved å endre perspektivet (Berge & Repål, 2004).

3.3.3 Eksponeringsterapi

I CBT endres atferd gjennom eksponering og avspenning i en dynamisk prosess. Eksponeringsterapi kan utføres i form av gradvis eksponering og intens eksponering. I tillegg kan eksponeringen foregå in vivo (i virkeligheten) eller in vitro (imaginært). Intens eksponering innebærer stimuli som er svært angstfremkallende for pasienten. Hensikten er å lokke frem en respons ved eksponeringen og deretter ufarliggjøre stimuli (Zalta & Foa, 2012). Pasienten utsettes med andre ord umiddelbart for høyest fryktede stimuli, med mål om å bli kvitt angstresponsen gjennom ufarliggjøring. Gradvis eksponering søker derimot at pasienten skal lære seg å redusere angsten trinnvis, og den praktiske gangen kan deles inn i fire hovedpunkter (Berggren et al., 2003).

Den første delen går ut på at pasient og behandler blir enige om en måte å signalisere og kommunisere spenning og angst på. Slik kan behandleren oppfatte hvordan pasienten håndterer de ulike situasjonene og vurdere om angsten reduseres. Den andre delen innebærer å danne et hierarki av situasjoner som gir stigende grad av angstfølelse. Det er vanlig å skille mellom generelle situasjoner og spesifikke situasjoner. I et generelt hierarki tas det utgangspunkt i det helhetlige bildet av tannbehandling, som for eksempel timebestilling, det å sitte i behandlingsstolen og gjennomføringen av tannbehandling. I et spesifikt hierarki tas det utgangspunkt i en spesifikk prosedyre, som for eksempel infiltrering av anestesi. Den første situasjonen kan da innebære å observere at behandler trykker anestesi ut av kanylen på avstand, mens den siste situasjonen kan innebære oral infiltrasjon på pasienten. Slike hierarkier består altså av flere situasjoner i stigende vanskelighetsgrad (Berggren et al., 2003).

Den tredje delen innebærer innlæring av avspenningsøvelser med både kontrollert pusteteknikk og muskelavspenning. Formålet med avspenningsøvelsene er å motvirke frykt og anspenthet

(Berggren et al., 2003). Kontrollert pusting påvirker det parasympatiske nervesystemet og kan føre til redusert angst og økt smerteterskel. Pasienten skal gjennom prosessen fokusere på hva avspenningen gjør med kroppen og deretter slappe av ytterligere (Armfield & Heaton, 2013). I den fjerde og siste delen av terapien eksponeres pasienten gradvis for situasjoner i det aktuelle hierarkiet. Når angst utløses som følge av eksponering skal pasienten puste kontrollert og slappe av i muskulaturen for å motvirke angstreaksjonen. Gjennom gjentakende eksponering og avspenning kan pasienten få økt kontroll over den angstrelaterte atferden, og dermed reduseres angsten. Når graden av angst er redusert til svak eller ikke-eksisterende er pasienten klar for å eksponeres for neste situasjon i hierarkiet (Berggren et al., 2003).

3.3.4 Sluttfasen

CBT kan avsluttes ut i fra hva pasient og behandler har blitt enige om. Behandlingen kan avsluttes når målene er nådd eller når angstsymptomene er redusert, eventuelt eliminert. For å kontrollere resultatet etter avsluttet behandling kan det være hensiktsmessig å utføre nye målinger med DAS-skjema. Dette kan gi en oversikt over hva som har blitt bedre og hva som eventuelt ikke er forbedret. Målet med behandlingen behøver ikke nødvendigvis å være kurert angst, men at pasienten lærer seg å kjenne sine egne reaksjoner. Dermed kan pasienten styre kognisjonen og atferden i angstfremkallende situasjoner. Ved avsluttet behandling er det vanlig å oppsummere hva pasienten har lært og vurdere framtidsutsiktene. En viktig del av avsluttende behandling er tiltak for å hindre tilbakefall (Dobson & Dobson, 2009). Det ultimate målet i CBT er at pasienten skal lære seg metoder for å håndtere angsten på egenhånd, slik at vedkommende ikke er avhengig av behandleren i ettertid (Öst & Clark, 2013). Denne måloppnåelsen i seg selv kan være en viktig faktor som hindrer tilbakefall.

4 Drøfting

«Hvordan kan det være hensiktsmessig for tannpleieren å benytte kognitiv atferdsterapi hos voksne pasienter med tannbehandlingsangst?». Med utgangspunkt i problemstillingen og aktuell teori ønsker vi å drøfte kognitiv atferdsterapi (CBT) som en del av tannpleierfunksjonen i klinisk praksis. Det vil si at momentene som blir drøftet foregår på klinikken. Innfallsvinkelen er tannpleierens møte med, og behandling av, voksne betalende pasienter som har sterk tannbehandlingsangst. Vårt ønske er å undersøke hvorvidt CBT fungerer i tannpleierpraksis og hvilke forutsetninger som skal til for å utføre dette. Derfor vil vi også drøfte hvordan vi kan motivere pasientene til å motta CBT hos tannpleier.

4.1 Pasientfokus

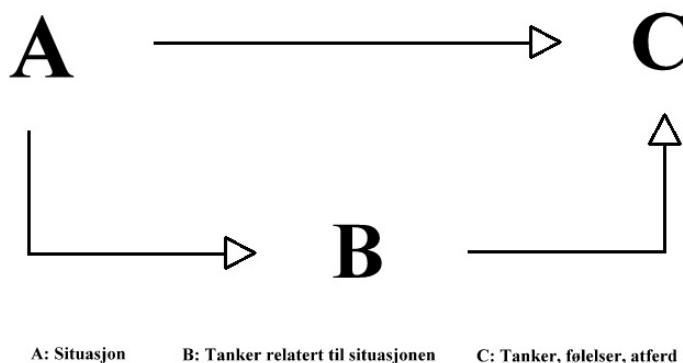
For at det skal være hensiktsmessig at tannpleiere utfører CBT er det nødvendig at pasienter ønsker å gjennomgå behandlingen. Det er kjent at voksne med tannbehandlingsangst ofte unngår tannbehandling før behandlingsbehovet blir stort (Weiner, 2011). Hvordan kan tannpleiere sørge for at voksne pasienter ønsker å gjennomgå CBT? Voksne pasienter med tannbehandlingsangst har ingen refusjonsordninger fra HELFO og må selv stå for det økonomiske (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015). Tannbehandling er i vår tid kjent for å være svært dyrt ved omfattende behandlingsbehov. Ved utførelse av CBT må voksne med tannbehandlingsangst betale for en eller flere seanser med terapi og deretter selve tannbehandlingen. Dersom behandlingsbehovet er omfattende kan dette blir svært dyrt for pasientene.

I studien til Wiener (2015) undersøkes det årsaker til uteblivelse fra tannhelsetjenesten og hvordan dette påvirker oral helse. Resultatene viser at kostnader relatert til tannbehandling ofte er grunnen til at pasienter uteblir. Studien er riktignok utført i et noe belastet område av Virginia, USA hvor mangel på kunnskap og lav sosioøkonomisk status er et faktum. Likevel er dette overførbart til velferdsstaten Norge. I praksis har vi opplevd at pasienter ytrer misnøye om de høye kostnadene for tannbehandling. Tenkelig kan mange oppleve det som vanskelig å forstå hvorfor de skal betale for utførelse av CBT når de i tillegg må finansiere kostnadene for tannbehandling. Hakeberg & Lundgren (2013) viser til pasientens skam og skyldfølelse relatert til redusert ivaretagelse av oral helse. Som kjent er dette et ledd i den onde syklusen av tannbehandlingsangst og en mulig årsak til at pasienter ikke oppsøker tannhelsetjenesten. Tenkelig kan høy grad av angst, finansieringsproblematikk, skam og skyldfølelse være faktorer som gjør pasientene mindre mottagelige for hjelp. I doktorgradsavhandlingen utført av Dahl

(2011) kommer det frem at pasienter som uteblir fra tannhelsetjenesten har redusert oral helserelatert livskvalitet, mens pasienter som oppsøker tannhelsetjenesten jevnlig melder at de har god oral helserelatert livskvalitet. Dette kan begrunnes med at oppfølging fra eksempelvis tannpleier øker kunnskap og bevissthet om oral helse hos pasientene. Tenkelig kan unngåelsen hos pasienter med tannbehandlingsangst gi vansker med ivaretagelse av egen oral helse. Når det er sagt er oral helserelatert livskvalitet en subjektiv oppfatning. Derfor er det ikke sikkert at alle med tannbehandlingsangst har redusert oral helserelatert livskvalitet (Dahl, 2011). For å få et innblikk i hvordan pasienten oppfatter egen oral helse- og livskvalitet, vil det være hensiktsmessig å innhente informasjon om dette ved oppdatering av helseskjema.

Vi vet at tannbehandlingsangst og unngåelse i teorien kan gi dårlig oral helse. Ugunstig oral helse kan gi økt grad av angst, redusert oral helserelatert livskvalitet, medføre økte kostnader og økt skyldfølelse. Det er ikke en selvfølge at alle pasienter forstår denne sammenhengen. Viktigheten av CBT kan være vanskelig å akseptere dersom dårlig økonomi, skyldfølelse, mangel på kunnskap og fravær av motivasjon har en betydelig innvirkning på pasientenes helseatferd. Ved hjelp av veiledning og empowerment kan tannpleieren oppmuntre pasientene til å se det helhetlige omfanget av deres situasjon (Weiner, 2011). Dersom vi forklarer sammenhengen for pasienten vil det forhåpentligvis gi motivasjon til å ta tak i det primære problemet; tannbehandlingsangsten. Dette krever imidlertid at tannpleieren vurderer pasientens oral health literacy og tilpasser informasjonen. For å få pasientene til å forstå angsten kan det være hensiktsmessig å benytte ABC-modellen (Figur 1). ABC-modellen sies å være essensiell ved utførelse av CBT, ettersom endring forutsetter at pasienten er bevisst på hvorfor angstreaksjoner oppstår. Forholdet mellom tanker, følelser og atferd kan være vanskelig for en angstpasient å forstå, særlig i situasjoner hvor følelsene er i høyspenn. Lam & Gale (2000) har skrevet en artikkel hvor de beskriver syv steg som kan anvendes for å lære pasienten ABC-modellen i klinisk praksis. Det første steget innebærer å forklare CBT som behandlingsmetode og gi konkrete eksempler. Videre forklares forholdet mellom A og C og deretter forholdet mellom B og C. Når tannpleieren skal forklare sammenhengen mellom B og C legges det først frem hvilke tanker som skaper angstreaksjon og deretter løsningsalternativer til disse. Følgelig skal pasienten reflektere og bekrefte forståelsen for ABC-modellen. Avslutningsvis kan tannpleieren gi pasienten en dypere forståelse ved å oppsummere og forklare hele modellen ved hjelp av pasientens egen situasjon. I følge Lam & Gale (2000) kan forståelsen av forholdet mellom tanker, følelser og atferd gi pasienten økt kontroll og håp om at endring er mulig.

Tannpleiere kan med andre ord hjelpe pasienten til å få en ny oppfatning av problematikken, og bidra til at vedkommende tar valg deretter.



Figur 1. ABC-modellen (egendefinert).

Weiner (2011) skriver at mange pasienter gir uttrykk for at behandlere ikke bruker nok tid til å besvare deres spørsmål. Pasientene ytrer også mangel på tilstrekkelig informasjon om fordeler ved å gjennomføre behandling, hvilket kan være en årsak til manglende motivasjon for gjennomførelse av ulike typer behandling. Armfield & Heaton (2013) skriver også i sin oversiktsartikkel at brukermedvirkning og informasjon er svært viktige motivasjonsfaktorer for pasientene. Det er med andre ord essensielt å inkludere pasientene i avgjørelser som blir tatt og samtidig vise at CBT er til deres beste. Ved å gjøre det på denne måten gir tannpleieren pasienten mulighet for medvirkning, økt følelse av kontroll og forståelse. En helhetlig forståelse for behandlingen kan føre til at pasientene kan slå seg til ro med å betale mer for å oppnå god oral helse på sikt.

Det er viktig å presisere at pasienter har ulikt behov for informasjon på bakgrunn av individuell oral health literacy. Individtilpasset tannhelseinformasjon kan bidra til at hver enkel pasient får innsikt i sin egen situasjon. Slik innsikt kan også sørge for at pasienten ser behovet for nødvendige endringstiltak (Stein, 2015). Eksempelvis kan dette være en angstpasiert som oppsøker tannhelsetjenesten grunnet smerte relatert til karies etter mange år med uteblivelse. I den forbindelse kan tannpleieren gi tilpasset informasjon om årsaker til, og forebygging av, karies, men også fordeler med å behandle angsten. Dersom denne informasjonen blir formidlet ved hjelp av god veiledning, hvor det tas utgangspunkt i pasientens oral health literacy, er det større sannsynlighet for at pasienten forstår og benytter informasjonen som blir gitt. Slik individtilpasset tannhelseinformasjon krever gode kommunikasjons- og formidlingsferdigheter

fra tannpleiere (Stein, 2015). Dersom tannpleieren ikke lykkes med å formidle individtilpasset tannhelseinformasjon kan det medføre at pasienten ikke forstår behovet for å gjennomgå CBT. Dette kan igjen gi konsekvenser i form av de fortsetter i samme atferdsmønsteret og står fast i den onde syklusen av tannbehandlingsangst (Armfield & Heaton, 2013). Ut ifra det vi har lest i forskningen er det tenkelig at angstpasienter som gjennomgår reparativ tannbehandling uten eksempelvis CBT kan stå som ferdig behandlet, men at graden av tannbehandlingsangst er like høy. Dette kan skyldes manglende hjelp til å endre kognisjon og følelser som aktiveres i forbindelse med tannbehandling. Trolig vil disse pasientene fortsette i samme atferdsmønster med unngåelse og ugunstige vaner relatert til egen oral helse. På sikt kan nye akutte behandlingsbehov oppstå og syklusen utspille seg på nytt.

4.2 Behov for videreutdanning?

Armfield & Heaton (2013) gir uttrykk for at tannhelsepersonell som ønsker å arbeide med tannbehandlingsangst ikke nødvendigvis trenger å være utdannet innen CBT, men at de som er interessert i å praktisere dette kan tilegne seg kunnskap og dermed være kvalifisert. Skaret et al. (2012) satt i sin studie krav om videreutdanning for utførelse av CBT. Derfor kan vi si at det er noe motstridende oppfatninger om hvem som har mulighet til å utføre behandlingen. I studien til Skaret et al. (2012) gjaldt det imidlertid behandling av odontofobi, og krav om utdanning baserte seg på at dette er en spesifikk diagnose. Tannbehandlingsangst er i teorien en kraftig irrasjonell frykt, som trolig ikke krever like stor grad av psykologisk intervensjon som ved fobi. Det er derfor tenkelig at behovet for spesifisert opplæring til å bedrive CBT i forbindelse med tannbehandlingsangst ikke nødvendigvis er et kriterium. Av interesse ønsket vi å inkludere en psykologs mening om saken. Vi kontaktet psykolog Indira Hasanbegovic som bidro under prosjektet «Tilrettelagt tannhelsetilbud mot odontofobi» (TOO-prosjektet) ved Elverum tannklinikk. Samtalen foregikk over internett, hvor hun formidlet interessante praksiserfaringer. I følge Hasanbegovic er det viktigste i CBT at behandleren er god på relasjonsbygging og kommunikasjon. Hun hevder at en god relasjon mellom pasient og tannpleier kan redusere angsten i større grad enn selve behandlingsmetoden som benyttes. Videre sier hun at alle som er dyktige til å etablere kontakt, lytter, anerkjenner og forstår pasientens frykt for ulike aspekter ved tannbehandling kan utføre CBT, og at en tannpleier med disse egenskapene kan være egnet. I tillegg nevner hun at det er viktig å jobbe innenfor pasientens «toleransevindu» og dermed sørge for at vedkommende ikke opplever hukommelsestap, som følge av virkelighetsfølelse og overvelding (Personlig kommunikasjon, 11.4.2016).

Neumer, Martinsen, Gere & Villabø (2011) skriver at en god relasjon mellom behandler og pasient ikke er et godt nok grunnlag for å oppnå gode behandlingsresultater. De hevder at opplæring som gir kunnskap om utredning, behandling og praksiserfaring er vesentlig. Likevel er en god relasjon en viktig forutsetning i situasjoner som innebærer eksponeringsterapi. Det skal imidlertid sies at artikkelen til Neumer og medarbeiderne (2011) ikke omhandler tannbehandlingsangst, men CBT som generell terapiform. Studien til Skaret et al. (2012) omhandler sertifisering av tannleger som skal utføre CBT ved tannklinikk. Læringsmålene for tannlegene innebar tilstrekkelig kunnskap om frykt, angst og fobi, og praktisk utføring av CBT. Undervisningen besto av teori, skriftlig eksamen, rollespill, opplæringsvideoer og praksis. Opplæringen ga økt kompetanse hos tannlegene og god effekt i behandling av pasientgruppen. Hvis vi ser på læringsmålene for tannlegene kan det være rimelig å anta at de samme kravene kan stilles til tannpleiere. Vi kan ikke se at det eksisterer særlige forhold ved tannpleierens grunnutdanning som setter begrensninger for videreutdanning i CBT. Ifølge Helsedirektoratets rapport «Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi» er odontofobi og sterk tannbehandlingsangst svært komplekst og krever langt mer kunnskap og forståelse enn det grunnutdanningen for tannpleiere tilbyr (Helsedirektoratet, 2010). Rapporten foreslår at det vil være aktuelt med opplæring av tannhelsepersonell som ønsker å praktisere behandling av angst eller fobi, og bygge på eksisterende kunnskap hos interesserte. I rapporten presiseres det også at tannpleiere under sin grunnutdanning får opplæring om tannbehandlingsangst og tilvenning. Dette betyr at tannpleiere har tilstrekkelig grunnlag for videreutdanning innen CBT (Helsedirektoratet, 2010).

I teorien kan CBT utføres ved hjelp av en enkeltseanse eller seanser opp til ti ganger eller mer. Hvor mange seanser som utføres avhenger av hvor stort behovet er hos hvert enkelt individ og hva som er realistisk å gjennomføre for tannpleieren. Skaret et al. (2012) ekskluderte enkeltseanser da tannleger skulle utdannes innen CBT, grunnet krav om høy kompetanse. Det viser seg at en enkeltseanse krever mer kompetanse av behandleren enn det flere seanser gjør. Öst (2013) forklarer at det ved enkeltseanser ikke er rom for å gjøre feil når terapien foregår i et kort tidsrom. Fordelen med flere seanser er at tannpleieren har mulighet til å rådføre seg med psykolog mellom hver seanse, og dermed unngå feilbehandling. Dersom tannpleiere skal praktisere enkeltseanser med CBT vil det være hensiktsmessig med sertifisering gjennom videreutdanning, for å sikre faglig forsvarlighet i behandlingen. Når Öst (2013) skriver om enkeltseanser er det imidlertid relatert til behandling av odontofobi. Kan det tenkes at denne tilleggskompetansen ikke er like nødvendig ved behandling av angst? Med den kunnskapen vi

har tilegnet oss gjennom arbeidet med denne fordypningsoppgaven tenker vi at det ikke nødvendigvis kreves like høy kompetanse i CBT ved tannbehandlingsangst som ved odontofobi. Det finnes per i dag svært lite forskning om tannpleierens funksjon i henhold til tannbehandlingsangst og CBT. I den forbindelse kontaktet vi Lars-Göran Öst, professor i klinisk psykologi. Öst utviklet enkeltseansene med CBT, og har bidratt mye i eksisterende forskning om CBT i forbindelse med tannbehandlingsangst og odontofobi (Öst, 2013). Vi tok kontakt via e-post, med ønske om å forhøre oss om hans mening om tannpleiere og CBT. Som svar på våre spørsmål ytret Öst:

«Rörande frågan om tannpleiere kan utföra CBT för patienter med tandbehandlingsangst så får man säga att det i nuläget inte finns någon empirisk kunskap på området. Jag tror dock att på samma sätt som det har gått att utbilda tandläkare som är speciellt intresserade av odontofobi att utföra CBT så borde det gå att utbilda tannpleiere. Hur omfattande denna utbildning skall vara och innehåll / examination är frågor som experter inom området måste ta ställning till» (Personlig kommunikasjon, 22.4.2016).

Ut ifra det Öst skriver kan det være hensiktsmessig å utdanne tannpleiere innen CBT på lik linje med tannleger. Likevel må dette forskes ytterligere på. Med dette som bakgrunn forstår vi at det kan være gunstig å ta videreutdanning for å være kvalifisert til å bedrive denne type behandling. Det må nevnes at Öst snakker om odontofobi og at det eksisterer en viss usikkerhet når det gjelder tannbehandlingsangst. Tannpleiere som videreutdanner seg kan bidra til økt tilgjengelighet av behandlere som praktiserer CBT. En økning av tannpleiere som utfører CBT kan følgelig gi større muligheter for forebyggende behandling av tannbehandlingsangst. Samtidig er det usikkert hvor omfattende videreutdanning for tannpleiere eventuelt vil bli.

4.3 Samarbeid

Vanligvis vil psykologer og annet kvalifisert helsepersonell behandle psykiske lidelser. Spørsmålet er da hvorfor tannhelsepersonell skal ha ansvaret for å behandle angst for tannbehandling, og ikke psykologene? Öst (2013) forklarer at CBT i forbindelse med tannbehandlingsangst bør skje på tannklinikken og i angstfremkallende omgivelser. Han mener at det vil være omfattende å lære opp psykologer til å arbeide som tannhelsepersonell, og at det er mer effektivt at tannhelsepersonell blir opplært i CBT. Dette er med på å belyse bakgrunnen for at tannpleiere skal bedrive denne type behandling, til tross for at det ikke er direkte relatert til yrkesutøvelsen. Som nevnt i teorien har tannpleieren god innsikt i kommunikasjon, relasjonsbygging og veiledning. Mye av kommunikasjonsgrunnlaget i CBT avhenger av at

pasienten er motivert og at pasientens perspektiv, engasjement og medvirkning skal vektlegges. Gode kommunikasjonsferdigheter hos tannpleieren er en forutsetning for å skape en god relasjon til pasienten. Kommunikasjon mellom behandler og pasient kan føre til reduksjon av angst hos pasientene og økt tillit til behandleren. Gode kommunikasjonsferdigheter blir også sett i sammenheng med bedre behandlingsresultater (Armfield & Heaton, 2013). Som Berggren et al. (2003) skriver, er en god relasjon forutsetningen for all fremgang når det gjelder pasientbehandling i tannhelsetjenesten. Dette er også en essensiell faktor i både kartlegging-, behandling- og avslutningsfasen av CBT. Hasanbegovic sier i forbindelse med dette at tannpleieren er egnet til å utføre CBT på bakgrunn av gode kommunikasjonsferdigheter (Personlig kommunikasjon, 11.4.2016). Den kliniske tannpleierfunksjonen innebærer daglig kontakt med pasienter, med både relasjonsbygging, veiledning og dialog. Dette kan sies å gi et godt nok utgangspunkt for å bedrive CBT.

Tannpleierstudiet i Norge gir studentene et visst innblikk i psykologi, noe som kan gi grunnlag til å forstå hvordan tannbehandlingsangst oppstår, utvikles og behandles. Når det er sagt er tannpleieren ingen psykolog. I tannpleierens yrkesetiske retningslinjer står det at yrkesutøveren skal kjenne sine faglige begrensninger, og henvise til annet kvalifisert personell dersom omfanget av et pasienttilfelle strekker seg utenfor de rammene vi jobber innenfor (Norsk Tannpleierforening, 2009). Tverrprofesjonelt samarbeid er en viktig del av folkehelsearbeidet, og kommer til sin fulle rett i pasientsituasjoner som krever ulike kunnskaper og ferdigheter. Målet med samarbeidet er at pasienten skal vurderes helhetlig ved hjelp av ulike fagfolks kompetanse. I den forbindelse kan psykologer, psykiatere og spesialisttannleger nevnes som noen av aktørene en tannpleier kan samarbeide med. Tannbehandlingsangst kan i enkelte tilfeller være relatert til andre psykiske lidelser, såkalte dobbeltdiagnoser. Ahlvin & Höglund (2015) skriver at psykiske lidelser er sterkt representert blant voksne pasienter med tannbehandlingsangst, hovedsakelig som følge av overgrep og omsorgssvikt av ulikt omfang i barndommen. Diagnoser som kan være relatert til tannbehandlingsangst er eksempelvis andre typer fobiske lidelser. Derfor kan det være hensiktsmessig å inkludere en psykolog når pasienten skal utredes for tannbehandlingsangst, for å tilpasse behandlingen på en faglig forsvarlig måte (Ahlvin & Höglund, 2015).

I studien til Skaret et al. (2012) var psykologen ansvarlig for å ha kunnskap om forhold ved tannbehandlingen som er relatert til alvorlig angst og fobi, og differansediagnostisering av dette. Psykologen var også med på planlegge praktisering av CBT i tannhelsetjenesten. Armfield & Heaton (2013) gir uttrykk for at det kan være aktuelt at pasienter med sterk

tannbehandlingsangst får en time hos psykolog før de oppsøker tannklinikken. På den måten vil de være mentalt forberedt. I teorien vil det være ideelt å involvere psykolog i kartleggingsfasen med tanke på faglig forsvarlighet. Spørsmålet er imidlertid om det er praktisk gjennomførbart. Er det kapasitet nok til å henvise alle pasienter med tannbehandlingsangst til psykolog? Og er det nødvendig ettersom som det anses som mindre alvorlig enn odontofobi? Skaret et al. (2012) skriver at et slikt samarbeid vil være ressurskrevende, selv om effekten er bevist som god.

Armfield & Heaton (2013) mener at tannhelsepersonell har hovedansvaret for pasienter med tannbehandlingsangst, selv om tverrprofesjonelt samarbeid er foretrukket. Derfor er det nødvendig at tannpleiere kjenner til metoder for å hjelpe pasientene. Indikasjoner for henvisning til spesialistteam eller psykolog kan tenkes å være at pasienten scorer høyt på Dental Anxiety Scale (DAS), at samarbeidet er vanskelig eller at CBT ikke har nytte. Dermed kan vi si at tannpleieren må gjøre en individuell vurdering av den enkelte pasient, og vurdere om egen kompetanse er tilstrekkelig i henhold til situasjonen. Skaret & Soevdsnes (2005) skriver at tannpleiere som har kunnskap om tannbehandlingsangst, kommunikasjon, grunnleggende psykologi, behandlingsprinsipper og sosial atferdsteori er kvalifisert til å håndtere pasienter med tannbehandlingsangst. De skriver imidlertid at samarbeid med en kvalifisert tannlege som også bidrar i behandlingen er å foretrekke (Skaret & Soevdsnes, 2005). Tverrfaglig samarbeid med tannleger kan derfor sies å være viktig når det gjelder CBT som en del av tannpleierfunksjonen.

4.4 Arbeidsfordeling og behandlerbytte

Armfield & Heaton (2013) skriver at pasienter med tannbehandlingsangst ofte kan anse mange aspekter ved tannbehandlingssituasjonen som angstfremkallende. Eksempler på dette kan være å sitte på venterommet og generelt tap av kontroll i behandlingsstolen. Skaret & Soevdsnes (2005) skriver at undersøkelse og behandling hos tannpleieren kan skape høy stressfaktor hos pasienten, ettersom det innebærer tap av kontroll på lik linje som hos tannlegen. Vi kan imidlertid tenke oss til at tannlegen utfører de mer omfattende og kanskje angstfremkallende formene for behandling, som for eksempel rotfyllingsterapi, generell fyllingsterapi og tannekstraksjon. Ut ifra ordet «tannlegeskrekk» kan vi lese at pasienter primært frykter tannlegens prosedyrer. Studien til Öhrn, Hakeberg & Abrahamsson (2008) fastslår at pasienter er mindre negativt innstilt til tannpleier sammenlignet med tannlege, såfremt pasienten ikke plages av skam og skyldfølelse knyttet til dårlig munnhygiene. En studie fra Nederland

bekrefter at pasienter med tannbehandlingsangst oftest frykter invasiv og omfattende tannbehandling, som primært utføres av tannleger (Oosterink, de Jongh & Aartman, 2008). Mange pasienter med tannbehandlingsangst frykter spesifikk stimuli, hvorav de mest vanlige er lokalanestesi, lukten, synet og lyden av boret eller vinkelstykket, og generelt smerten som er assosiert med tannbehandling (Armfield & Heaton, 2013). Tenkelig kan tannpleierens prosedyrer bidra til å ufarliggjøre helhetsinntrykket av tannbehandlingssituasjonen. Spørsmålet er om tannpleierens prosedyrer er tilstrekkelige. Angstreaksjoner relatert til anestesi kan være mulige å behandle, ettersom det er en prosedyre tannpleieren kan utføre. Begrensninger kan oppstå ved spørsmål om prosedyrer som utføres av tannleger. Hvordan kan tannpleieren kurere eller redusere angst for boring når dette ikke er en del av yrkesutøvelsen? Selv om tannpleieren ikke utfører boring kan lignende stimuli skapes. Et eksempel på dette kan være vedlikehold og pussing av fyllinger. Til denne prosedyren kan vinkelstykke og pussebor anvendes, noe som antakeligvis kan gi assosiasjoner til invasiv tannbehandling. Selv om trykket mot tannen sannsynligvis ikke oppleves som like sterkt under pussing som ved boring kan det skape lignende lyd, lukt og syn. Dersom dette fremkaller tilsvarende angstreaksjoner som ved boring kan tannpleiere benytte dette som stimuli i eksponeringsterapi. Det er ikke nødvendigvis slik at alle voksne pasienter har fyllinger, eller fyllinger som trenger vedlikehold. Et annet alternativ kan derfor være profesjonell tannrengjøring med vinkelstykke og pussekopp. Selv om dette ikke skaper samme lukten som ved boring, kan lyden og synet av den roterende pussekoppen og vinkelstykket fremkalle lignende angstreaksjon. Dette er imidlertid rent hypotetisk og må forsøkes individuelt med hver pasient. Psykolog Indira Hasanbegovic forteller ut ifra egen praksiserfaring at tannpleiere i TOO-prosjektet uten problemer kunne eksponere pasienter for teknisk utstyr (Personlig kommunikasjon, 11.4.2016).

Ettersom pasienter med tannbehandlingsangst ofte har behov for tannbehandling, vil det mest sannsynlig være nødvendig med time hos tannlege etter at CBT er avsluttet hos tannpleier. Dersom tannpleieren skal ha ansvaret for å behandle selve angsten vil det totale behandlingsforløpet, inklusiv tannbehandling, derfor medføre bytte av behandler underveis. Spørsmålet er da om bytte av behandler er en faktor som begrenser muligheten for at tannpleiere skal utføre CBT? Som kjent er trygghet og forutsigbarhet svært viktig for denne pasientgruppen. Derfor er det tenkelig at pasientene bør gjennomgå både CBT og tannbehandling hos samme behandler. Helsedirektoratet (2010) skriver at det i forbindelse med tannbehandlingsangst er et visst frafall av pasienter mellom hvert behandlerbytte. Disse får ikke fullført behandlingen, noe som igjen kan betraktes som tap av ressurser og ytterligere forverring av tannstatus. Dette kan

imidlertid forebygges. For å forhindre frafall er det viktig at disse pasientene får hjelp til å knytte relasjon til behandleren som overtar ansvaret (Helsedirektoratet, 2010). Eksempelvis kan tannpleieren hente tannlegen mens pasienten er inne på behandlingsrommet slik at de får mulighet til å bli kjent før tannbehandlingen. Dette vil forhåpentligvis øke forutsigbarheten og gi pasienten større kontroll over situasjonen. Når dette er sagt er et av målene i CBT at pasienten ikke skal være avhengig av behandleren som utfører terapien (Öst & Clark, 2013). Dersom terapien er vellykket kan vi derfor si at bytte av behandler ikke nødvendigvis er en utfordring. Helsedirektoratet (2010) skriver at pasienter som har gjennomgått CBT i utgangspunktet kan behandles på lik linje med andre pasienter. Likevel kan vi ikke se at det tapes nevneverdige ressurser på å la pasienten hilse på den neste behandleren, snarere tvert om, hvis det kan hindre frafall.

Med TOO-prosjektet som utgangspunkt forteller Hasanbegovic om egen praksiserfaring med behandlerbytte etter avsluttet angstbehandling. Hun forklarer at et vellykket behandlerbytte avhenger av hvilken stimuli eller situasjon pasientene har angst for, og hvor empatisk den nye behandleren er. Noen pasienter har negative erfaringer med det relasjonelle i tannbehandlingssituasjonen, eksempelvis at tannlegen var brå, ikke tok seg tid, eller bagatelliserte angsten. Dette kan igjen minne pasienten om andre relasjonelle erfaringer fra privatlivet, og dermed være vanskeligere å behandle. Hasanbegovic sier at angst for teknisk utstyr lot seg behandle enklere enn angsten for behandleren under TOO-prosjektet. Hun forklarer at mange av pasientene som hadde gjennomgått CBT klarte å gjennomføre tannbehandling i ettertid, under den forutsetning at de kom til en forståelsesfull tannlege (Personlig kommunikasjon, 11.4.2016). Abrahamsson, Stenman, Öhrn & Hakeberg (2007) kom i sin studie frem til at tap av kontroll ofte er noe angstpasiene frykter, og at dette er relatert til mistillit. Når det gjelder mistillit er pasientenes frykt for ikke å bli tatt på alvor en viktig faktor. Ut ifra dette og beskrivelsene vi fikk av Hasanbegovic kan vi si at spesifikk angstfremkallende stimuli, som for eksempel boring og anestesi, kan behandles med eksponeringsterapi. Mistillit til tannhelsepersonell lar seg imidlertid ikke behandle på samme måte. Dersom pasienten frykter behandleren bør fokuset rettes mot tillits – og relasjonsbygging, noe som kan føre til økt grad av trygghet og kontroll hos pasienten. Eksempelvis kan dette gjøres ved at behandler sørger for å informere og spørre om tillatelse ved utførelse av ulike prosedyrer eller trinn i behandlingen. Det kan også være nyttig å avtale stoppsignaler i forkant av behandlingen, slik at pasienten opplever ytterligere grad kontroll. Armfield & Heaton (2013) skriver at tillit er den viktigste faktoren for å endre negativ oppfatning av tannhelsepersonell.

For å øke egen forståelse og betrakte helhetsbildet snakket vi med en pasient som har erfaring med dette. Vedkommende ga oss tillatelse til å gjenfortelle hans historie. Mannen, som er i midten av 20-årene, oppsøkte nylig en tannklinikk etter syv års uteblivelse. Vedkommende hadde vært plaget med smerter i munnhulen i flere år, men angsten for tannbehandling hindret ham i å oppsøke hjelp. Det vedkommende synes var mest belastende med tannbehandlingssituasjonen er boring og generelt tap av kontroll, noe som er svært sammenlignbart med det som er beskrevet i litteraturen. Dette har ført til unngåelse av tannbehandling, og redusert oral helse. Han oppsøkte tannlege da en av tennene hadde frakturert som følge av grav karies. Med andre ord ventet han til det var helt nødvendig. Mannen forteller at han alltid gruet seg i flere dager før timeavtalen på tannklinikken, og at det å sette seg i behandlingsstolen var en stor belastning i seg selv. Videre forteller han hvordan tannlegen gikk frem ved hans første besøk på tannklinikken. Det hele begynte med at tannlege og pasient hadde en samtale på venterommet, etterfulgt av at tannlegen presenterte ulike instrumenter på utenfor behandlingsrommet. Deretter satte de seg ned på vanlige stoler inne på behandlingsrommet, og snakket om pasientens preferanser for den kommende tannbehandlingen. Pasienten forteller at det var svært beroligende å ta denne samtalen uten å måtte sitte i behandlingsstolen. Videre avtalte de stoppsignaler som pasienten kunne benytte dersom han ønsket å ta pauser fra, eller stanse, behandlingen. I tillegg forklarte tannlegen kontinuerlig hvilke instrumenter som ble benyttet og hva som skulle gjøres (Personlig kommunikasjon, 15.4.2016).

I henhold til Berggren et al. (2003) sin beskrivelse av gradvis eksponering kan vi se at tannlegen i eksempelet over eksponerte pasienten gradvis for momenter i et generelt hierarki. Brukermedvirkning og relasjons- og tillitsbygging ble sannsynligvis også vektlagt, med tanke på at det ble satt av en del tid til dialog. Pasienten forteller at angsten ble redusert ved at han fikk økt kontroll over hva som foregikk og økt følelse av at han styrte prosessen. Følgelig var han klar for både fyllingsterapi, ekstraksjoner og kirurgiske inngrep. I etterkant av dette kan han fortelle at det ikke lenger er like utfordrende for ham å oppsøke tannlegen. Pasienten uttrykker imidlertid tvil på om han ville vært like komfortabel dersom han måtte ha byttet behandler (Personlig kommunikasjon, 15.4.2016). Mannens historie er med på å understreke Hasanbegovic sin erfaring med at en god relasjon mellom pasient og behandler er nøkkelen til angstreduksjon. Uten å si noe for sikkert, kan det at pasienten ikke ønsker å bytte behandler ha sammenheng med at han ikke har lært seg metoder for å håndtere angsten på egenhånd. Basert på både teori og praksiserfaring er en god relasjon vesentlig, uavhengig av hva slags behandlingsmetode som benyttes. Fordelen med CBT, i kombinasjon med en god relasjon

mellom pasient og behandler, er imidlertid at den endrer kognisjoner og reduserer angst gjennom avspenningsøvelser. På den måten kan pasienten benytte metoden i møte med de fleste behandlere.

4.5 Kognitiv atferdsterapi tilpasset tannpleierfunksjon

Vanligvis vil CBT deles opp i flere seanser. Etter kartlegging vil hver seanse innebære at tannpleieren supplerer med kognitiv restrukturering, eksponering og avspenningsøvelser, og diskuterer nye delmål med pasienten (Armfield & Heaton, 2013). Utførelse av gjentatte CBT-seanser og mange innkallelser per pasient kan bli svært tidskrevende for tannpleieren. Davies, Wilson & Clements (2011) presiserer i sin forskning at pasienter med angst for tannbehandling er svært ressurskrevende å behandle, og at noen behandlere derfor velger bort en slik type langvarig intervensjon. Dersom vi setter CBT i sammenheng med tannpleierfunksjonen kan vi anta at flere seanser per pasient kan bli en utfordring med tanke på tidsbruk. Tannpleiere i førstelinjetjenesten har ansvaret for å utføre kliniske og røntgenologiske undersøkelser, og iverksette forebyggende og helsefremmende tiltak i form av behandling og veiledning (Hofer et al., 2016). Hvor mye tid som blir igjen til å utføre CBT kan anses som begrenset dersom tannpleiere skal forholde seg til sitt hovedansvar. Alternativet kan være å utføre behandlingen ved hjelp av en seanse per pasient. Spørsmålet er; hvor effektive er enkeltseansene?

I en norsk studie blir det fastslått at enkeltseanser kan være like effektive som flere seanser på sikt. Begge alternativene kan bidra til at pasienter mestrer ordinær tannbehandling med færre eller ingen problemer relatert til angsten (Haukebø et al., 2008). Det har imidlertid vist seg at pasienter ofte er negativt innstilt til enkeltseanse i forhold til flere seanser. Dette er basert på at de kan ha hatt tannbehandlingsangst over lang tid og har liten tro på at de kan la seg kurere i løpet av en seanse (Öst & Skaret, 2013). Haukebø og medarbeidere (2008) undersøker i sin studie effekten av en seanse med CBT sett opp mot flere seanser, og hvorvidt det er forskjell på angstnivået etter avsluttet behandling. Resultatet de presenterte viser at både en seanse og fem seanser med CBT utgjør tilsvarende angstreduksjon ved senere etterkontroll. Likevel konstateres det at flere seanser gir best effekt rett etter behandling. I studien kommer dette resultatet frem ved nye DAS-målinger av begge testgruppene ved behandlingens avslutning. Flere seanser er derfor det som blir foretrukket, til tross for at resultatene viser at begge testgruppene mestret å oppsøke tannhelsetjenesten uten like store eller ingen problemer på sikt. Resultatet til Haukebø og medarbeidere (2008) er likevel noe svakt, da den samme tannlegen behandlet begge testgruppene. Resultatet kan skyldes at den behandlende tannlegen favoriserte

flere seanser. Det presiseres i diskusjonsdelen av artikkelen at det er ønskelig med ytterligere forskning og flere involverte behandlere i senere studier.

Vika, Skaret, Raadal, Öst & Kvale (2009) utførte en studie med samme formål, basert på resultatene til blant annet Haukebø og medarbeidere (2008). Denne studien hadde til forskjell flere behandlere, ettersom det ble presisert som ønskelig i studien til Haukebø et al. (2008). Vika et al. (2009) kom også frem til at begge utførelsesmetodene av CBT er like effektive. Disse resultatene ble påvist ved etterkontroll av begge testgruppene. Etterkontrollen ble utført et år etter avsluttet behandling med både enkeltseanser og fem seanser. Begge formene for utførelse av CBT bidro til at pasientene mestret behandling hos ekstern tannlege i ettertid. Det presiseres likevel at gruppen som gjennomgikk flere seanser med CBT fikk en betydelig lavere score på DAS rett etter behandling, men at pasienter som gjennomgikk enkeltseanser oppnådde tilsvarende score ved kontroll året etter. Effekten ble riktignok utjevnet etter et år, og begge testgruppene hadde lik reduksjon i grad av angst (Vika et al., 2009). Likevel presiserer både studien til Vika og medarbeidere (2009) og Skaret & Soevdsnes (2005) at antallet seanser ikke nødvendigvis behøver å være en avgjørende faktor, men at forholdet mellom eksempelvis tannpleier og pasient har større betydning. Dersom tannpleieren har tilstrekkelig kunnskap, er innstilt på å samarbeide, er empatisk og forståelsesfull kan enkeltseanser med CBT gi god effekt (Vika et al., 2009).

Når det gjelder eksponeringsterapi kan dette som nevnt i teorien utføres både intenst eller gradvis. Studier viser at intens eksponering medfører høyt stressnivå hos behandlere, og kan derfor være mer krevende (Schumacher et al., 2015). Öst & Clark (2013) skriver at gradvis eksponering in vivo er anbefalt ved behandling av tannbehandlingsangst. CBT ved en seanse skjer raskere enn ved flere seanser, noe som trolig kan forveksles med intens eksponering. Faktum er at enkeltseansene også følger angsthierarkiet under eksponering, tillater avspenningsøvelser og gir rom for kognitiv restrukturering. Den eneste forskjellen er at dette utspiller seg over kortere tid (Öst, 2013). En enkeltseanse med god effekt skal ifølge Haukebø og medarbeidere (2008) foregå i opptil tre timer. Timene innebærer kognitiv restrukturering, eksponering og avspenningsøvelser. Sett i et tannpleierperspektiv kan vi anta at dette ikke alltid vil være gjennomførbart. Av erfaring relatert til praksis er det kjent for oss at tannpleiere har tette timebøker med mange pasienter. Å bruke tre sammenhengende timer på en pasient kan være krevende for både tannpleieren og pasienten. Tidsbruken på angstpasiene kan dessuten også gå på bekostning av timebøkene og andre pasienters behov for oppfølging. På dette grunnlaget kan det tenkes at en enkeltseanse kan bli like utfordrende, eller en større utfordring,

enn flere seanser. Dette er også med tanke på at det krever høyere kompetanse hos tannpleieren (Öst, 2013). De tre nevnte timene i en enkeltseanse er i teorien forbeholdt både kartleggingsfasen, selve intervensjonen og avslutningsfasen. Alternativt kan fasene tilpasses tannpleierens funksjon og fordeles. Eksempelvis kan kartleggingen og selve intervensjonen utføres ved en enkel timeavtale, og suppleres med jevnlig oppfølging for å opprettholde effekten av CBT. Studien til Haukebø og medarbeidere (2008) bekrefter at dette er et mulig alternativ for utførelse. Det presiseres også at en enkeltseanse *kan* vare opp til tre timer og vi forstår ut ifra dette at tidsbehovet kan variere. Tenkelig kan den enkelte tannpleier gjøre en vurdering på om det er mulig å behandle en pasient ved hjelp av en kortere enkeltseanse, eller om det er behov for flere seanser.

5 Avslutning

I denne fordypningsoppgaven har vi kommet frem til at det er mulig å tilpasse kognitiv atferdsterapi (CBT) til den daglige tannpleierfunksjonen, og at det kan være gjennomførbart i praksis. Med tilstrekkelig interesse, kunnskaper og ferdigheter er både kognitiv restrukturering og eksponeringsterapi noe en tannpleier har mulighet til å gjennomføre. Det viktigste argumentet for at tannpleieren skal utføre CBT på pasienter med sterk tannbehandlingsangst er at det kan anses som både forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid. Spørsmålet er imidlertid om det skal være krav om videreutdanning for å kunne behandle angst for tannbehandling. Dette er vanskelig å svare på som følge av manglende evidensbasert forskning på området. Med denne oppgaven har vi kommet frem til at det er mulig å utdanne tannpleiere innen CBT, men at omfanget av en slik videreutdanning er noe eksperter må ta stilling til. Uavhengig av krav om utdanning er tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid svært aktuelt for å sikre faglig forsvarlighet. Hver enkelt tannpleier bør gjøre en vurdering av egen kompetanse opp mot ulike pasienter med tannbehandlingsangst. Dersom samarbeidet mellom pasient og tannpleier fungerer godt og graden av angst er håndterbar, kan tannpleieren bruke prinsippene i CBT og gjøre et forsøk på å hjelpe pasienten. I samarbeid med en tannlege vil dette forhåpentligvis gi gode behandlingsresultater.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi avdekket at det er mangel på forskning om tannpleierens funksjon i behandling av tannbehandlingsangst. Det er behov for ytterligere forskning på området. Dette våger vi å oppfordre nåværende og fremtidige tannpleiere til å engasjere seg i. I fremtidige studier kunne det blant annet vært interessant å undersøke nytteverdien ved CBT som en del av tannpleierfunksjonen. Forhåpentligvis kan større engasjement på området bidra til at tannpleiere i fremtiden bedriver CBT, noe som igjen kan medføre at flere pasienter med tannbehandlingsangst kan få den hjelpen de trenger på lokale tannklinikker.

Referanseliste

*Abrahamsson, K. H., Stenman, J., Öhrn, K. & Hakeberg, M. (2007). Attitudes to dental hygienists: evaluation of the Dental Hygienist Beliefs Survey in a Swedish population of patients and students. *International Journal of Dental Hygiene*, 5(2), 95-102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2007.00229.x>

*Ahlvin, A. & Höglund, M. (2015). Tandvårdsrädsla. I Holmstrup, P. (Red.), *Aktuel Nordisk Odontologi 2015*, (s. 199-207). Lokalisert på https://www.idunn.no/file/pdf/66757258/aktuel_nordisk_odontologi_2015_01_pdf.pdf

*Armfield, J. M. & Heaton, L. J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian Dental Journal*, 58(4), 390-407. <http://dx.doi.org/10.1111/adj.12118>

*Armfield, J. M., Stewart, J. F. & Spencer, J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BioMed Central Oral Health*, 7(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-7-1>

*Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: Kognitiv terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Berggren, U., Willumsen, T. & Arnrup, K. (2003). Behandlingsmuligheter ved tandvårdsrädsla hos barn och vuxna. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 113(1), 34-41.

*Carlsson, V., Hakeberg, M. & Boman, U. W. (2015). Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour – a national Swedish cross-sectional survey. *BioMed Central Oral Health*, 15(100), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0088-5>

*Dahl, K. E. (2011). *Oral health-related quality of life in Norwegian adults* (Doktorgradsavhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Davies, J. G., Wilson, K. I. & Clements, A. L. (2011). A joint approach to treating dental phobia: a re-evaluation of a collaboration between community dental services and specialist psychotherapy services ten years on. *British Dental Journal*, 211(4), 159-162. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.674>

*Dobson, D. & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioural Therapy*. New York: Guilford Press.

Friis-Hasché, E., Willumsen, T. & Jensen, H. H. (2003). Hvorfor giver tandpleje angst? *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 113(1), 20-26.

*Hakeberg, M., Hallonsten, A-L., Hägglin, C. & Skaret, E. (2003). Tanvårdsrådslans epidemiologi. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 113(1), 12-18.

*Hakeberg, M. & Lundgren, J. (2013). Symptoms, Clinical Characteristics and Consequences. I E. Skaret (Red.) & L.-G. Öst (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 3-19). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

*Haukebø, K., Skaret, E., Öst, L.-G., Raadal, M., Berg, E., Sundberg, H. & Kvale, G. (2008). One- vs. five-session treatment of dental phobia: A randomized controlled study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 381-390.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.09.006>

*Helsebiblioteket. (2015). *Medical Subject Headings (MeSH) oversettes til norsk*. Lokalisert på http://www.helsebiblioteket.no/gamle_nettsider/for-forskere/medical-subject-headings-mesh-oversettes-til-norsk;jsessionid=F9A4C832E27CA6D5367E8DE0482F8F03

*Helsedirektoratet. (2010). *Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi: Vurdering av omfang og behov samt forslag til tannhelsetiltak*. (Rapport IS-1855). Oslo: Direktoratet.

Helse – og omsorgsdepartementet. (2015). *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2016*. (Rundskriv I-8/2015). Oslo: Departementet.

*Hofer, D., Thoma, M. V., Schmidlin, P. R., Attin, T., Ehlert, U. & Nater, U. M. (2016). Pre-treatment anxiety in a dental hygiene recall population: a cross-sectional pilot study. *BioMed Central Oral Health*, 16 (43), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0198-8>

*Kvale, G., Klingberg, G., Moore, R. & Tuutti, H. (2003). Hva er tannlegeskrekk og hvordan kan den diagnostiseres? *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 113(1), 6-11.

*Lam, D. & Gale, J. (2000). Cognitive behaviour therapy: teaching a client the ABC model – the first step towards the process of change. *Journal of Advanced Nursing*, (31)2, 444-451. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01280.x>

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Neumer, S.-P., Martinsen, K. D., Gere, M. & Villabø, M. A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 48(1), 21-25. Lokalisert på http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=131436&a=2

*Newton, T., Asimakopoulou, K., Daly, B., Scambler, S. & Scott, S. (2012). The management of dental anxiety: time for a sense of proportion? *British Dental Journal*, 213(6), 271-274. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.830>

Norsk Tannpleierforening. (2009). *Yrkesetiske retningslinjer for tannpleiere*. Lokalisert på <http://www.ntpf.no/yrkesetiske-retningslinjer-for-tannpleiere>

*Norsk Tannpleierforening. (2014a). *Hva gjør en tannpleier?* Lokalisert på <http://www.ntpf.no/om-tannpleieren-mainmenu-28>

Norsk Tannpleierforening. (2014b). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025*. Lokalisert på http://www.ntpf.no/images/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf

*Oosterink, F. M. D., de Jongh, A. & Aartman, I. H. A. (2008). What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *European Journal of Oral Science*, 116(1), 44-51. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00500.x>

*Raadal, M., Kvale, G. & Skaret, E. (2003). Pasienter med tannlegeskrekk – hvordan planlegger man behandlingen? *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 113(1), 28-33.

*Raadal, M. & Skaret, E. (2013). Background Description and Epidemiology. I E. Skaret (Red.) & L.-G. Öst (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 21-31). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

*Schumacher, S., Miller, R., Fehm, L., Kirschbaum, C., Fydrich, T. & Ströhle, A. (2015). Therapists' and patients' stress responses during graduated versus flooding in vivo exposure in the treatment of specific phobia: A preliminary observational study. *Psychiatry Research*, 230(2), 668-675. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.020>

*Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G., Fredriksen, T. V., Kranstad, V. & Öst, L.-G. (2012). Evaluering av forsøksutdannelse av tannleger og psykologer i behandling av odontofobi og intraoral sprøytefobi basert på kognitiv atferdsterapi (CBT). *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 122(4), 276-282.

*Skaret, E. & Soevdsnes, E.- K. (2005). Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(1), 2-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2004.00109.x>

Snoek, J. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. (3. utg.). Oslo: Akribe Forlag.

*Stein, L. (2015). *Oral health literacy in adult dental patients - a clinical study* (Doktorgradsavhandling). Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker...: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Vika, M., Skaret, E., Raadal, M., Öst, L.-G. & Kvale, G. (2009). One- vs. five-session treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical study. *European Journal of Oral Science*, 117(3), 279-285.

*Weiner, A. A. (Red.). (2011). *The Fearful Dental Patient: A Guide to Understanding and Managing*. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.

*Wiener, R. C. (2015). Dental Fear and Delayed Dental Care in Appalachia-West Virginia. *The Journal of Dental Hygiene*, 89(4), 274-281. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.2009.00628.x>

*Wilhelmsen, I. (2006). *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertevig Forlag.

*Willumsen, T., Haukebø, K. & Raadal, M. (2013). Aetiology of Dental Phobia. I E. Skaret (Red.) & L.-G. Öst (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 45-61). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

*World Health Organization, Geneva. (1984). *Glossary of Terms used in the "Health for All" Series No. 1-8*. Lokalisert på:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39565/1/9241800097.pdf>

*World Health Organization. (2012). *Oral health* [Fact sheet N°318]. Lokalisert på:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>

*World Health Organization. (s.a.). *Health promotion*. Lokalisert på:

http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

*Zalta, A. K. & Foa, E. B. (2012). Exposure therapy: Promoting Emotional Processing of Pathological Anxiety. I W. T. O'Donohue (Red.) & J. E. Fisher (Red.), *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles of Practice* (s. 75-104). Hoboken, New Jersey: Wiley.

*Öhrn, K., Hakeberg, M. & Abrahamsson, K. H. (2008). Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *International Journal of Dental Hygiene*, 6(3), 205-213. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00300.x>

*Öst, L.-G. (2013). One-Session Treatment of Dental Phobia. I E. Skaret (Red.) & L.-G. Öst (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 119-134). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

*Öst, L.-G. & Clark, D. M. (2013). Cognitive Behaviour Therapy: Principles, Procedures and Evidence Base. I E. Skaret (Red.) & L.-G. Öst (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 91-107). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

*Öst, L.-G. & Skaret, E. (2013). Future Research and Applications. I E. Skaret (Red.) & L.-G. Öst (Red.), *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (s. 221-229). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Vedlegg 1

Tittel på prosedyren: «Kognitiv atferdsterapi ved tannbehandlingsangst - en arbeidsoppgave for tannpleiere?»			
Problemstilling vi ønsker svar på: «Hvordan kan det være hensiktsmessig for tannpleieren å benytte kognitiv atferdsterapi hos voksne pasienter med tannbehandlingsangst?».			
P – patients, population, problem. Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?	I – intervention Hvilken intervensjon/ hvilke tiltak er vi interessert i?	C – comparison Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?	O – outcome Hvilke effekter er av særlig interesse?
Adults Delay Dental anxiety Tannbehandlingsangst Tandvårdsrädsla	Treatment Therapy Kognitiv atferdsterapi Cognitive behavioural therapy	Hygienist Dental hygiene Session	OHRQoL (Oral health related quality of life) Dental status Oral health Dental care